

札幌市介護予防・日常生活支援総合事業者 指定更新申請書

(あて先)札幌市長

年 月 日

住 所
申請者
氏 名

〔法人にあつては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名〕

札幌市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱の規定により、事業者に係る指定の更新を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ			
	名 称			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) (ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	法人の種類別	法人所轄庁		
	代表者の職・氏名 (開設者の氏名)	職 名	フリガナ 氏 名	
代表(開設)者の住所	(郵便番号 -) (ビルの名称等)			
事業所	フリガナ 名 称			
	事業所等の所在地	(郵便番号 -) (ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
更新する	介護予防・生活支援サービス事業(第1号事業)	実施事業	現に受けている指定の有効期間満了日	更新(○)
	第1号訪問事業(訪問介護相当型)		年 月 日	
	第1号通所事業		年 月 日	
	第1号介護予防支援事業		年 月 日	
同一事業の種内で行う	サービス種類	実施事業	現に受けている指定の有効期間満了日	同時更新(○)
	訪問介護		年 月 日	
	(地域密着型)通所介護		年 月 日	
	介護予防支援		年 月 日	
介護保険事業所番号				

- 注 1 「受付番号」欄は、記載しないでください。
 2 「法人の種類別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「公益社団法人」、「一般財団法人」、「公益財団法人」、「株式会社」等の別を記載してください。
 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可等を受けた法人である場合は、その主務行政庁の名称を記載してください。
 4 当該申請に係る事業の種類に応じた付表を、併せて提出すること。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。